

**כתב תביעה מתוקן**

**רמי אנאקי ת.ז. 57843021**

התובע:

ע"י עו"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254) ואח'  
מרחוב אבא הלל 7, רמת גן  
טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983

– נ ג ד –

**1. חצר המלכה אירועים, ח.פ. 51-2810839**

הנתבעות:

**2. הראל, חברה לביטוח בע"מ**

באמצעות ב"כ משרד עו"ד הישראלי רוטשטיין  
מרחוב תובל 22, רמת גן  
טל': 03-5757793; פקס: 03-5757794

מהות התביעה: נזיקין – נזקי גוף

סכום התביעה: אינו ניתן להערכה.

1. הנתבעת 1 הינה חברה הרשומה כחוק בישראל, ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו היתה הבעלים ו/או מחזיקת ו/או מפעילת אולם האירועים "חצר המלכה" (להלן: "האולם") ומעבידתו של התובע.

2. הנתבעת 2 הינה חברת ביטוח הפועלת כחוק בישראל ובכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו ביטחה את הנתבעת 1 בביטוח אחריות כמשמעו בחוק חוזה ביטוח.

**התאונה הראשונה:**

3. התובע, יליד 2.10.1962, עבד באולם בכל הזמנים הרלבנטיים לתביעה זו.

4. בתאריך 6.10.16, בשעה 24:00 או בסמוך לכך, במהלך עבודתו, נדרש התובע להזיז את השולחנות ולנקות, עת הזיז התובע את אחד השולחנות הרגיש התובע כאב עז בגב (להלן: "התאונה הראשונה").

רצ"ב תמונת השולחן, מסומנת "א'" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

## התאונה השניה:

5. בתאריך 19.6.18, בשעה 02:15 או בסמוך לכך, במהלך עבודתו, הלך התובע לאחד האגפים ועת פתח את דלת האולם נפלה הדלת ופגעה בתובע (להלן: "התאונה השניה").
- רצ"ב תמונת הדלת, מסומנת "ב" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
6. התובע יטען, כי אינו יודע ולא יכול היה לדעת מה היו הסיבות המדויקות שגרמו לתאונות, כי התאונות נגרמו מחפצים שהיו בשליטתה המלאה של הנתבעת 1, וכי עצם אירועי התאונות מתיישב עם מסקנה של התרשלות מצד הנתבעת 1 יותר מאשר עם מסקנה הפוכה, ועל כן, על הנתבעות הנטל להוכיח, כי לא באשמה של הנתבעת 1 אירעה התאונה.
7. הנתבעת 1 לא דיווחה על התאונות לאגף הפיקוח על העבודה במשרד התעשייה, המסחר והתעסוקה, וגם מסיבה זו עובר אליה הנטל להוכיח, כי לא באשמה אירעו התאונות.
8. לחילופין, יטען התובע, כי התאונות אירעו עקב התרשלותה של הנתבעת 1 ו/או הפרת חובות חקוקות אשר באו לידי ביטוי, בין היתר, במעשים ו/או במחדלים הבאים:
- א. הנהיגה שיטת עבודה לקויה, מסוכנת ולא בטיחותית.
  - ב. לא סיפקה לתובע אמצעים הולמים לביצוע עבודתו, לרבות אמצעים לניקוי ו/או להזזת השולחנות.
  - ג. לא הדריכה את התובע כראוי לגבי אופן ביצוע עבודתו.
  - ד. לא העמידה לרשותו של התובע עזרה בביצוע עבודות הניקיון והזזת השולחנות.
  - ה. התעלמה מהסיכון הבריאותי הכרוך בביצוע העבודה ללא אמצעי הרמה וניקוי מתאימים והולמים את המקום.
  - ו. לא הזהירה את התובע מפני הסיכונים הרלבנטיים.
  - ז. היפרה את חובתה לספק לתובע מקום עבודה בטוח.
  - ח. נהגה בחוסר זהירות ו/או באי אכפתיות.
  - ט. לא פעלה כפי שמעביד סביר וזהיר היה פועל בנסיבות דומות.
  - י. היפרה חובותיה החקוקות בתקנות 2, 3, 4, 7, 10 לתקנות ארגון הפיקוח על העבודה (מסירת מידע והדרכת עובדים) התשנ"ט – 1999.

9. לאחר התאונה הראשונה טופל התובע בבית החולים קפלן, שם אובחנה חבלה לעמ"ש ולאחר קבלת טיפול רפואי ראשוני שוחרר התובע לביתו בהמלצה לנטילת משככי כאבים, הליכה ודריכה לפי יכולת, המשך מעקב רפואי ומנוחה.

רצ"ב סיכום אשפוז, מסומן "1 – 6" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

10. נוכח כאבים והגבלה בתנועות עמוד השדרה המותני, כמו גם, הקרנת הכאבים לרגל שמאל, פנה התובע לבית החולים קפלן, הומלץ לו על ביצוע בדיקת הדמיה, ניתנו לו טיפולים לשיכוך הכאב, בהמלצה להמשך מעקב רפואי ומנוחה ממושכת.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "7 – 12" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

11. בדיקת הדמיה אשר בוצעה לתובע וכוונה לעמוד השדרה הדגימה פריצת דיסק פאראמדיאני משמאל עם היצרות מרכזית ללא מחיקת השומן האפידורלי והיצרות פורמינלית ניכרת משמאל. נוכח הממצא, ההגבלות בתנועה והכאבים העזים הופנה התובע למרפאת כאב לצורך קבלת זריקות לשיכוך הכאב. כן, הומלץ לו על המשך מעקב רפואי ומנוחה ממושכת.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "13 - 21" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

12. נוכח מצבו הוחלט להפנות את התובע לביצוע בדיקת MRI אשר הדגימה בלט דיסק דיפוזי, דיסק פרוץ אינטרה פורמינלי ואקסטרה פורמינלי משמאל עם היצרות ולחץ על השורש בגובה L3-L4. ובלטי דיסק עם היצרות בגבהים L4-L5, L5-S1. התובע המשיך במעקב הרפואי והומלץ לו על נטילת טיפול תרופתי נרקוטי והיתכנות לצורך התערבות כירורגית.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "22 - 30" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

13. לאחר התאונה השנייה פנה התובע לקבלת טיפול רפואי בקופת החולים, שם אובחנו כאבים והגבלה בתנועות כתף ימין והוא הופנה לביצוע בדיקת הדמיה, נטילת משככי כאבים, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה ומנוחה.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "34 – 38" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

14. בדיקת הדמיה שבוצעה לתובע וכוונה לכתף ימין הדגימה תת דיסלוקציה של גיד הביצפס הארוך, קרע חלקי טרי בגודל 0.7 ס"מ בגיד הסובסקפולריס וקרע חלקי טרי בגודל 0.9 ס"מ בגיד הסופראספינטוס.

רצ"ב תעודות רפואיות מסומנות "39 – 42" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

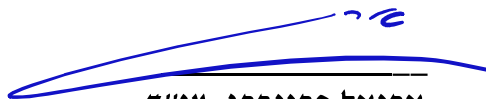
15. התובע המשיך במעקב הרפואי במסגרת קופת החולים, הופנה לביצוע טיפולי פיזיותרפיה, נטילת טיפול רפואי לשיכוך כאב, המשך מעקב רפואי ומנוחה ממושכת.

רצ"ב תעודות רפואיות, מסומנות "43 – 48" ומהוות חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.

16. ד"ר תומר קרבאל, מומחה בכירורגיה אורתופדית, אשר בדק את התובע קבע את נכותו הצמיתה כדלקמן:
- 15% לגב תחתון לפי 37(7)א ב חלקי
  - 5% לירידת תחושה- נויריטיס ברגל שמאל לפי 29(6) ב חלקי
  - 15% לכתף ימין לפי 41(4)ב
- רצ"ב חוות דעת ד"ר קרבאל, מסומנת "49 - 51" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב התביעה.
17. לאחר התאונות ותוצאותיהן התקשה התובע בביצוע עבודתו, נזקק להפוגות ממושכות במהלכן ונגרמו לו הפסדי שכר.
18. מאז התאונות מוגבל התובע בביצוע פעולות יומיומיות שונות, נזקק לעזרת הזולת וימשיך להיזקק לה גם בעתיד.
19. עקב מגבלותיו הנובעות מהתאונה נזקק התובע לשימוש מוגבר במוניות ולהסעות מיוחדות ויזקק לכך גם בעתיד.
20. להלן פירוט נזקי התובע:
- א. נזק מיוחד:
- |           |                                               |
|-----------|-----------------------------------------------|
| 165,000 ₪ | (1) הפסדי השתכרות בעבר –                      |
| 32,000 ₪  | (2) עזרת הזולת בעבר –                         |
| 6,500 ₪   | (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעבר –    |
| 18,000 ₪  | (4) הסעות מיוחדות ושימוש מוגבר במוניות בעבר – |
- ב. נזק כללי:
- כב' בית המשפט מתבקש לפסוק לתובע פיצוי הולם בגין נזקיו, בין היתר, בראשי הנזק הבאים:
- (1) הפסדי השתכרות בעתיד, על-פי מידת מוגבלותו התפקודית של התובע, או, לחילופין, בהתאם לשיעור נכותו הפיזיולוגית, לרבות הפסדים בתקופת הפנסיה.
- (2) עזרת הזולת בעתיד.
- (3) הוצאות רפואיות ונסיעות לטיפולים בעתיד.
- (4) שימוש מוגבר במוניות בעתיד.
- (5) פיצוי בגין נזקיו הלא ממוניים של התובע.



21. הנתבעת 1 חייבת לפצות את התובע בגין אחריותה כמפורט לעיל.
22. הנתבעת 2 חייבת לפצות את התובע בהיותה מבטחת הנתבעת 1 בביטוח אחריות במועד התאונות.
23. כל הטענות בכתב תביעה זה נטענות במצטבר או לחילופין, הכל לפי תכנן והקשרן.
24. לבית משפט נכבד זה הסמכות לדון בתביעה על פי מהותה, ערכה ומקום ניהול עסקי הנתבעות.
- אשר על כן, מתבקש כב' ביהמ"ש להזמין את הנתבעות לדין, ולחייבן, ביחד ולחוד, לפצות את התובע כמפורט לעיל, בצירוף ריבית חוקית מירבית והפרשי הצמדה מלאים מיום הגשת התביעה ועד לתשלום בפועל, ולרבות הוצאות המשפט, שכ"ט עו"ד ומע"מ.

  
**אריאל פרייברג, עו"ד**  
**ב"כ התובע**

# תמונות א'-ב'





# **תעודות רפואיות**



**מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד**

**תאריך קבלה: 06/10/2016**

**תאריך שחרור: 06/10/2016**

הופק ע"י דר' אבו גנאם יוסף 01:03 06/10/2016

מיון אורתופדי  
דר' סנדור סבטלנה מר. 29187  
דבורה לוזון  
08-9441399  
08-9441711  
2016115441

מיון:  
מנהל:  
אחות אחראית:  
טלפון:  
פקס:  
מס' קבלה למחלקה:

|                  |                     |                 |            |
|------------------|---------------------|-----------------|------------|
| <b>שם משפחה:</b> | <b>אנאקי</b>        | <b>ת. לידה:</b> | 02/10/1962 |
| <b>שם פרטי:</b>  | <b>רחמים</b>        | <b>ת זהות:</b>  | 5784302    |
| <b>כתובת:</b>    | הירדן 8/ קרית מלאכי |                 |            |
| <b>טלפון:</b>    | 055-6644686         | <b>גיל:</b>     | 54         |
| <b>סוג דם:</b>   | <b>שם האב:</b>      | <b>שם:</b>      | יהודה      |

**מועד קבלה למיון**

**תאריך: 06/10/2016 00:31**

**מספר קבלה: 2016115441**

**אופן הגעה למיון**

הגיע למיון: לבד

**משרד קבלה**

סיבת פנייה: מחלה

הפנייה: ק

סטטוס מטופל: אדום

**גורם מממן : מרכז**

סיום טיפול במלרד : שחרור

**אבחנה**

- BACK PAIN (7245,)

**תלונה עיקרית בבדיקה**

בן 54 בריא בד"כ.

ביום קבלתו למיון ולאחר תנועה חדה הופיעו כאבים בגב תחתון ללא הקרנה. שולל חבלה ישירה ללא תלונות נוספות. בבדיקתו:

הליכה אנטלגית, מצליח ללכת על הבהונות ועל העקבים.

גפיים תחתונות - כוח גס ותחושה שמורים בכל התחנות ללא חוסר תחושה, SLRT שלילי CROSS שלילי, רגישות פרה וורטברלית בע"ש מותני.

החזרי פיקה ואכילס הופקו סימטריים דו"ץ.

טווח תנועות מלא במפרקי ירכיים.

לסיכום MUSCLAR PAIN

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים



מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד  
 תאריך קבלה: 06/10/2016  
 תאריך שחרור: 06/10/2016

הופק ע"י דר' אבו גנאם יוסף 06/10/2016 01:03

מיון אורתופדי  
 דר' סנדר סבטלנה מ.ר. 29187  
 דבורה לוזון  
 08-9441399  
 08-9441711  
 2016115441

מיון:  
 מנהל:  
 אחות אחראית:  
 טלפון:  
 פקס:  
 מס' קבלה למחלקה:

|           |                     |          |            |
|-----------|---------------------|----------|------------|
| שם משפחה: | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי:  | רחמים               | ת זהות:  | 5784302    |
| כתובת:    | הירדן 8/ קרית מלאכי | גיל:     | 54         |
| טלפון:    | 055-6644686         | שם:      | יהודה      |
| סוג דם:   |                     | האב:     |            |

מדדים

| תאריך ושעה       | זיפק | לחץ דם בישיבה | כאב |
|------------------|------|---------------|-----|
| 00:45 06/10/2016 | 76   | 133 / 90      | 10  |

המלצות

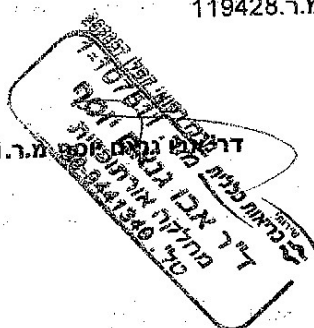
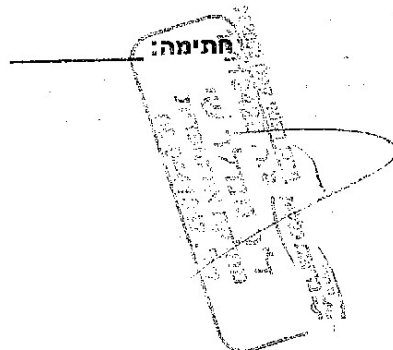
המלצה:  
 משככי כאבים.  
 הליכה ודריכה לפי יכולת.  
 שחיה.  
 מעקב אורתופדי בעוד שבוע בקופ"ח.  
 בכל החמרה לפנות לרופא זמין.  
 חופשת מחלה: 3 ימים.

רופא אחראי

רופא: דר' מנדלר שי מ.ר. 119428

מכתב נחתם ע"י:

דר' אבו גנאם יוסף מ.ר. 107511





**מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד**

**תאריך קבלה: 31/10/2016**

**תאריך שחרור: 31/10/2016**

הופק ע"י דר' כהן תומר 31/10/2016 10:50

מיון אורתופדי  
 דר' סנדלר סבטלנה מ.ר. 29187  
 דבורה לוזון  
 08-9441399  
 08-9441711  
 2016126229

מיון:  
 מנהל:  
 אחות אחראית:  
 טלפון:  
 פקס:  
 מס' קבלה למחלקה:

|           |                     |          |            |
|-----------|---------------------|----------|------------|
| שם משפחה: | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי:  | רחמים               | ת זהות:  | 5784302    |
| כתובת:    | הירדן 8/ קרית מלאכי | גיל:     | 54         |
| טלפון:    | 055-6644686         | שם האב:  | יהודה      |
| סוג דם:   |                     |          |            |

**מועד קבלה למיון**

**תאריך: 31/10/2016 10:08**

**מספר קבלה: 2016126229**

**משרד קבלה**

סיבת פנייה: מחלה  
 הפנייה: ק  
 סטטוס מטופל: אזרח

**גורם מממן : מרכז**

סיום טיפול במלרד: שחרור

**אבחנה**

- BACKACHE, UNSPECIFIED (7245,,)

**תלונה עיקרית בבדיקה**

כאבי גב

**מחלה נוכחית ובדיקה גופנית**

| תאריך      | שעה   | נושא    | גרשם ע"י                 | פרטים                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------|-------|---------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31/10/2016 | 10:49 | אורתופד | דר' כהן תומר מ.ר. 120777 | בן 54, מה 3 שבועות כאבי גב. ללא שיפור עם אנלגטיקה ופיזיותרפיה. מתוכנן ליום ג' CT עמש מותני בבדיקתו - הליכה בתבנית תקינה, ללא סימני חבלה או דהפורמציה, ללא רגישות על גבי עמש, רגישות פרהורטברלית באזור עמש מותני, כיפוף ויישור תקינים, מניע צוואר בחופשיות לכל הכיוונים, הליכה על אצבעות ועקבים - תקינה. כח גס תקין, תחושה שמורה, ללא חסר ניירולוגי. |

**לא ידועה רגישות לתרופות**





מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 31/10/2016

תאריך שחרור: 31/10/2016

הופק ע"י ד"ר כהן תומר 31/10/2016 10:50

מיון אורתופדי  
 ד"ר סנדור סבטלנה מ.ר. 29187  
 דבורה לוזון  
 08-9441399  
 08-9441711  
 2016126229

מיון:  
 מנהל:  
 אחות אחראית:  
 טלפון:  
 פקס:  
 מס' קבלה למחלקה:

|           |                     |          |            |
|-----------|---------------------|----------|------------|
| שם משפחה: | אגאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי:  | רחמים               | ת זהות:  | 5784302    |
| כתובת:    | הירדן 8/ קרית מלאכי |          |            |
| טלפון:    | 055-6644686         | גיל:     | 54         |
| סוג דם:   | שם האב:             | שם:      | יהודה      |

לא ידועה רגישות לחומרים

מדדים

| תאריך ושעה       | חום PO | דופק | לחץ דם בישיבה | נאב |
|------------------|--------|------|---------------|-----|
| 10:17 31/10/2016 | 36.5   | 74   | 140 / 89      | 8   |

מהלך וזיון

| תאריך | שעה | נושא | נרשם ע"י | פרטים |
|-------|-----|------|----------|-------|
|-------|-----|------|----------|-------|

31/10/2016 10:50 ד"ר כהן תומר מ.ר. 120777 בהמלצות

המלצות

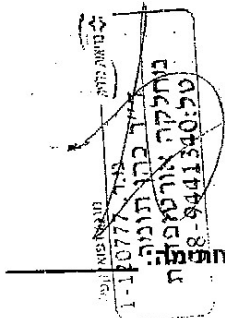
המלצה: ישרים CT בקהילה.

1. משככי כאבים לפי הצורך
2. חימום מקומי
3. מעקב רופא מטפל
4. רפואה משלימה - דיקור סיני, שיאצו
5. פיזיותרפיה
6. בכל מקרה של החמרה יש לגשת לגורם רפואי

רופא אחראי

רופא: ד"ר כהן תומר מ.ר. 120777

מכתב נחתם ע"י: ד"ר כהן תומר מ.ר. 120777



שם הרופא: ד"ר שחל בצלאל  
תחום: אורתופד  
מספר רשיון: 88514  
כתובת: רחוב המ"ג 14 קרית מלאכי  
טלפון: 8589200-08  
פקס: 8589210-08  
מרפאה: קרית מלאכי מקצועית מחוז: מרכז

31/10/2016 תאריך

אישור מחלה

פרטי המטופל

אנאקי רחמים  
שם משפחה ושם פרטי  
00-05784302-1  
מס זהות  
54.01  
גיל  
ז  
מין  
02/10/1962  
ת.לידה  
יהודה  
שם האב  
קרית מלאכי  
הירדן  
רחוב  
מס בית  
8  
טלפון  
52 - 6551959  
טלפון נוסף  
52 - 7043213

תעודה ראשונה למחלה זו

נבדק עקב 0 ביקור רגיל

סובל מ קוד איפיון  
79989  
אבחנה  
DIAGNOSIS IS DOCUMENTED IN THE MEDICAL RECORD

מומלץ על מנוחה מתאריך 30/10/2016 עד תאריך 14/11/2016 ועד בכלל סה"כ ימי מחלה 16

אישור זה אינו בתוקף עבור מוסדות משפטיים, צבאיים ומשרד הביטחון

ד"ר שחל בצלאל  
שם הרופא  
88514  
מספר רשיון  
נחתם דיגיטלית  
חתימה וחוקת הרופא

תעודה זו חתומה בחתימה אלקטרונית מאובטחת בהתאם להנחיות הכלליות



**מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד**

**תאריך קבלה: 01/11/2016**

**תאריך שחרור: 02/11/2016**

הופק ע"י דר' מנדלר שי 02/11/2016 02:41

מיון אורתופדי  
דר' סנדלר סבטלנה מ.ר. 29187  
דבורה לוזון  
08-9441399  
08-9441711  
2016126938

מיון:  
מנהל:  
אחות אחראית:  
טלפון:  
פקס:  
מס' קבלה למחלקה:

|           |                     |          |            |
|-----------|---------------------|----------|------------|
| שם משפחה: | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי:  | רחמים               | ת זהות:  | 5784302    |
| כתובת:    | הירדן 8/ קרית מלאכי | גיל:     | 54         |
| טלפון:    | 055-6644686         | שם האב:  | יהודה      |
| סוג דם:   |                     |          |            |

**מועד קבלה למיון**

**תאריך: 01/11/2016 21:59**

**מספר קבלה: 2016126938**

**אופן הגעה למיון**

הגיע למיון: לבד

**משרד קבלה**

סיבת פנייה: מחלה  
הפנייה: ק  
סטטוס מטופל: אזור

**גורם מממן : מרכז**

סיום טיפול במלרד: שחרור

**אבחנה**

• BACK PAIN (7245,,)

**תלונה עיקרית בבדיקה**

בן 54 בריא בד"כ פנייה חוזרת למיון.

מזה 3 שבועות כאבי גב עם הקרנה לרגל שמאל לפי L3. ללא שיפור עם אנלגטיקה ופיזיותרפיה. מתוכנן ליום ג' CT עמש מותני. שולל דגלים אדומים.

בבדיקתו - הליכה אנתלגית, ללא סימני חבלה או דהפורמציה, ללא רגישות על גבי עמש, רגישות פרהורטברלית באזור עמש מותני, כיפוף ויישור תקינים, מניע צוואר בחופשיות לכל הכיוונים, הליכה על אצבעות ועקבים - תקינה. כח גס QUAD IP TA EHL FHL 5/5 תקין. תחושה שמורה, ללא חסר ניורולוגי.

במיון קיבל אנלגטיקה עם שיפור ניכר בכאביו.

LOW BACK PAIN

ישלים CT עמש מותני

## מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 01/11/2016

תאריך שחרור: 02/11/2016

הופק ע"י דר' מנדלר שי 02/11/2016 02:41

מיון אורתופדי  
דר' סנדלר סבטלנה מר. 29187  
דבורה לוזון  
08-9441399  
08-9441711  
2016126938

מיון:  
מנהל:  
אחות אחראית:  
טלפון:  
פקס:  
מס' קבלה למחלקה:

|                |                     |          |            |
|----------------|---------------------|----------|------------|
| שם משפחה:      | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי: רחמים | ת זהות:             | 5784302  |            |
| כתובת:         | הירדן 8/ קרית מלאכי |          |            |
| טלפון:         | 055-6644686         | גיל:     | 54         |
| סוג דם:        | שם האב:             | יהודה    |            |

ביקורת מרפאת עמוד שדרה בעוד שבועיים  
משככי כאבים ונוגדי דלקת  
בכל החמרה יש לפנות לרופא  
בהקדם 7 ימי מחלה

לא ידועה רגישות לתרופות

לא ידועה רגישות לחומרים

ביצוע תרופות

| מינון                | צורת מינון | תאריך ושעה                                     | תזמון מהוראה              | תרופה                                  |               |
|----------------------|------------|------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|---------------|
| Drug Dosage: 10 mg   | INJ        | 31/10/2016 10:59<br>ברמי קובי מר. 207920       | Once<br>Rate from nurse:0 | PRAMIN 10 mg                           | IntraMuscular |
| Drug Dosage: 1000 mg | SYR        | 31/10/2016 10:59<br>ברמי קובי מר. 207920       | Once<br>Rate from nurse:0 | V-DALGIN SYR 1250 MG /5ML 50ML 1000 mg | Oral          |
| Drug Dosage: 75 mg   | INJ        | 31/10/2016 10:59<br>ברמי קובי מר. 207920       | Once<br>Rate from nurse:0 | VOLTAREN 75 mg                         | IntraMuscular |
| Drug Dosage: 8 mg    | SYR        | 31/10/2016 10:59<br>ברמי קובי מר. 207920       | Once<br>Rate from nurse:0 | OXYCOD 8 mg                            | Oral          |
| Drug Dosage: 5 mg    | TAB        | 31/10/2016 10:59<br>ברמי קובי מר. 207920       | Once<br>Rate from nurse:0 | ASSIVAL 5 mg                           | Oral          |
| Drug Dosage: 100 mg  | INJ        | 31/10/2016 10:59<br>ברמי קובי מר. 207920       | Once<br>Rate from nurse:0 | TRAMA 100 mg                           | IntraMuscular |
| Drug Dosage: 1000 mg | TAB        | 01/11/2016 22:04<br>שנהב מרקוס מר. 178999      | Once<br>Rate from nurse:0 | OPTALGIN 1000 mg                       | Oral          |
| Drug Dosage: 10 mg   | INJ        | 02/11/2016 00:06<br>סער שוקרון מיכל מר. 217177 | Once<br>Rate from nurse:0 | PRAMIN 10 mg                           | IntraMuscular |
| Drug Dosage: 1000 mg | SYR        | 02/11/2016 00:07<br>סער שוקרון מיכל מר. 217177 | Once<br>Rate from nurse:0 | V-DALGIN SYR 1250 MG /5ML 50ML 1000 mg | Oral          |
| Drug Dosage:         | INJ        | 02/11/2016 00:07                               | Once                      | VOLTAREN 75 mg                         | IntraMuscular |



**מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד**  
**תאריך קבלה: 01/11/2016**  
**תאריך שחרור: 02/11/2016**

הופק ע"י דר' מנדלר שי 02/11/2016 02:41

מיון אורתופדי  
דר' סנדלר סבטלנה מ.ר. 29187  
דבורה לחזון  
08-9441399  
08-9441711  
2016126938

מיון:  
מנהל:  
אחות אחראית:  
טלפון:  
פקס:  
מס' קבלה למחלקה:

|           |                     |          |            |
|-----------|---------------------|----------|------------|
| שם משפחה: | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי:  | רחמים               | ת. זהות: | 5784302    |
| כתובת:    | הירדן 8/ קרית מלאכי | גיל:     | 54         |
| טלפון:    | 055-6644686         | שם האב:  | יהודה      |
| סוג דם:   |                     |          |            |

|               |              |                        |                                              |                         |
|---------------|--------------|------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
|               |              | Rate from nurse:0      | סער שוקרון מיכל מ.ר. 217177                  | 75 mg                   |
| Oral          | ASSIVAL 5 mg | Once Rate from nurse:0 | 02/11/2016 00:06 סער שוקרון מיכל מ.ר. 217177 | TAB Drug Dosage: 5 mg   |
| IntraMuscular | TRAMA 100 mg | Once Rate from nurse:0 | 02/11/2016 00:06 סער שוקרון מיכל מ.ר. 217177 | INJ Drug Dosage: 100 mg |

**תרופות מומלצות להמשך טיפול**

TRAMADOL (TRAMADOL) Oral 100 mg 1 X ( למשך 10 ימים )  
ביום 1

חתימה

רופא אחראי

רופא: דר' מנדלר שי מ.ר. 119428

מכתב נחתם ע"י: דר' מנדלר שי מ.ר. 119428

שם הרופא: ד"ר שחל בצלאל  
 תחום: אורתופד  
 מספר רשיון: 88514  
 כתובת: רחוב המ"ג 14 קרית מלאכי  
 טלפון: 8589200-08  
 פקס: 8589210-08  
 מרפאה: קרית מלאכי מקצועית מחוז: מרכז

תאריך: 03/11/2016

**הפניה לרפואה יועצת**

פרטי המטופל

**אנאקי רחמים**  
 שם משפחה ושם פרטי: שם המשפחה ושם הפרטי  
 מס זהות: 00-05784302-1  
 גיל: 54.01  
 מין: ז  
 ת.לידה: 02/10/1962  
 יהודה  
 שם האב: שם האב  
 קרית מלאכי  
 הירדן  
 רחוב  
 מס בית: 8  
 טלפון: 52-6551959  
 טלפון נוסף: 52-7043213

**מספר הפניה: 33103098407**

מספר רשיון: 088514  
 תז נבדק: 57843021  
 מספר הפניה: 033103098407  
 גורם שולח: 3103

**לכבוד: מרפאת כאב**

**שירות שנבחר**  
 קוד: 70005  
 קוד משה"ב: 99242  
 בדיקת רופא כאב  
**שירות רפואי**  
 קוד: 70090  
 שירות רפואי

**הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל**

**תלונות**  
 תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/10/2016:  
 בזמן הרמת משקל כבד כאבים חזקים בגב תחתון.  
 מתנייד בכיפוף ניכר עם כאבים חזקים בגב תחתון ללא הטבה תחת טיפול תרופתי.  
 נשלח למיון לנסיון איזון כאב.  
 בצילום ללא ממצא חריג  
 ישלים CT ע"ש מותני  
 03/11/2016:  
 עדיין כאבים חזקים ביקר אתמול במיון וטופל בנוגדי כאב עם הטבה לשעות ספורות בלבד.  
 היום עדיין כאב מאוד מתנייד כפוף.  
 המשך טיפול בנוגדי כאב  
 בCT ע"ש מותני- פריצת דיסק פראמדיאני משמאל עם היצרות מרכזית ללא מחיקת השומן האפידורלי והיצרות פורמינלית ניכרת משמאל.  
 ממליץ - נסיון הזרקה במרפאת כאב.  
 מעקב בהמשך

אבחנה משוערת: אבחנה  
 קוד: 7242  
 איפיון: LOW BACK PAIN

2 ה.ר.

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

מספר רשיון  
88514  
ד"ר שחל בצלאל  
רופא

תאריך 06/11/2016

## תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

### על פי חוק הביטוח הלאומי

|                   |         |              |               |
|-------------------|---------|--------------|---------------|
| פרטי המטופל       |         | אנאקי רחמים  |               |
| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל          | ז             |
| 00-05784302-1     | 54.01   | 02/10/1962   | יהודה         |
| שם האב            | ת.לידה  | מין          | שם האב        |
| קרית מלאכי ישוב   | הירדן   | מס בית       | טלפון נוסף    |
| רחוב              | 8       | 08 - 8609329 | 055 - 6644686 |

תאריך תאונה: 06/10/2016

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

שם המעביד וכתובת: חצר המלכה אירועים

תאור התאונה: בזמן עבודתו הזיז שולחן כבד והרגיש כאבים עזים בגב תחתון

פרטי הטיפול שניתן לפני הגעה לשרותי בריאות כללית:

נבדק בחדר מיון, קפלן

שם הרופא המטפל: ד"ר קפלן

הממצאים הקליניים: מצב כללי משביע רצון. רגישות מעל החוליות בע"ש מותני משמאל הגבלה בתנועות בגב תחתון עקב כאבים קשיים בהליכה עקב כאבים

|          |        |                                |
|----------|--------|--------------------------------|
| אבחנות   | איפיון | אבחנה                          |
| קוד 7242 |        | LOW BACK PAIN<br>WORK ACCIDENT |

הטיפול שניתן:

### כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 06/10/2016 עד יום 16/10/2016 (בכלל) סה"כ 11 ימים



06/11/2016

ת. הבדיקה

06/11/2016

תאריך מתן התעודה

ד"ר קפלון גלינה

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תאריך 07/11/2016

## תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

### על פי חוק הביטוח הלאומי

|             |                   |         |     |              |              |
|-------------|-------------------|---------|-----|--------------|--------------|
| פרטי המטופל | 00-05784302-1     | 54.01   | ז   | 02/10/1962   | יהודה        |
| אנאקי רחמים | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות | גיל | ת.לידה       | שם האב       |
| קרית מלאכי  | הירדן             | מס בית  | 8   | 52 - 6551959 | 52 - 7043213 |
| ישוב        | רחוב              |         |     | טלפון        | טלפון נוסף   |

תאריך תאונה: 06/10/2016

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

|               |       |        |      |
|---------------|-------|--------|------|
| אבחנה         | אבחנה | איפיון | קוד  |
| LOW BACK PAIN |       |        | 7242 |

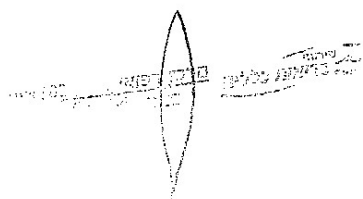
הטיפול שניתן:

### כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 16/10/2016 עד יום 30/11/2016 (בכלל) סה"כ 46 ימים

|            |                  |
|------------|------------------|
| 07/11/2016 | 07/11/2016       |
| ת. הבדיקה  | תאריך מתן התעודה |



ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחוקתמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חוקתמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



## מכתב סיכום שחרור רפואי - ביקור במלרד

תאריך קבלה: 07/11/2016

תאריך שחרור: 07/11/2016

הופק ע"י דר' הנדלר אייל 07/11/2016 16:26

מיון אורתופדי  
דר' סנדלר סבטלנה מ.ר. 29187  
דבורה לוזון  
08-9441399  
08-9441711  
2016129239

מיון:  
מנהל:  
אחות אחראית:  
טלפון:  
פקס:  
מס' קבלה למחלקה:

|           |                     |          |            |
|-----------|---------------------|----------|------------|
| שם משפחה: | אנאקי               | ת. לידה: | 02/10/1962 |
| שם פרטי:  | רחמים               | ת. זהות: | 5784302    |
| כתובת:    | הירדן 8/ קרית מלאכי | גיל:     | 54         |
| טלפון:    | 055-6644686         | שם האב:  | יהודה      |
| סוג דם:   |                     |          |            |

## ביצוע תרופות

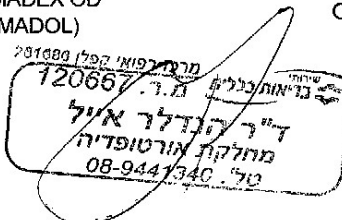
| מינון                | צורת מינון | תאריך ושעה                                     | תזמון מהוראה                 | תרופה                                          |
|----------------------|------------|------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|
| Drug Dosage: 1000 mg | SYR        | 07/11/2016 16:12<br>מוסייל עינת<br>מ.ר. 187656 | Once<br>Rate from<br>nurse:0 | Oral V-DALGIN SYR 1250 MG /5ML 50ML<br>1000 mg |

## המלצות

המלצה: מופנה למרפאת גב הקרובה  
משככי כאבים לפי הצורך  
NSAID'S  
מנוחה  
חופשת מחלה: 7 ימים.

## תרופות מומלצות להמשך טיפול

|                                                                   |      |        |               |                  |
|-------------------------------------------------------------------|------|--------|---------------|------------------|
| ETOPAN<br>(ETODOLAC)                                              | Oral | 500 mg | 1 X<br>ביום 2 | ( למשך 10 ימים ) |
| ROKACET PLUS<br>(PARACETAMOL,CAFFEINE<br>ANHYDROUS,CODEINE PHOSP) | Oral | 1 cap  | 1 X<br>ביום 3 | ( למשך 10 ימים ) |
| TRAMADOL OD<br>(TRAMADOL)                                         | Oral | 200 mg | 1 X<br>ביום 1 | ( למשך 10 ימים ) |



## רופא אחראי

רופא: דר' הנדלר אייל מ.ר. 1120667

חתימה:

דר' הנדלר אייל מ.ר. 1120667

מכתב נחתם ע"י:

הופק ע"י בן גלים פלג 15/11/2016 10:20

### סיכום ביקור מתאריך 15/11/2016

אורתופדיה - מרפאה  
גליון נפתח ע"י: בן גלים פלג  
מנהל: קוסאשוילי יונה  
טלפון: 08-9441515  
פקס: 08-9441898  
מס' ביקור: 401578/2016  
ברקוד מס' ביקור: "40H/n"

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| שם משפחה: אנאקי            | ת. לידה: 02/10/62   | אורתופדיה - מרפאה           |
| שם פרטי: רחמים             | ת. זהות: 5784302    | גליון נפתח ע"י: בן גלים פלג |
| ברקוד ת.ז: "Yt>92v"        |                     | מנהל: קוסאשוילי יונה        |
| כתובת: הירדן 8, קרית מלאכי | מין: זכר            | טלפון: 08-9441515           |
| טלפון: 055-6644686         | גיל: 54 שנה         | פקס: 08-9441898             |
|                            | מצב משפחתי: נשוי/אה | מס' ביקור: 401578/2016      |
|                            | שם האב: יהודה       | ברקוד מס' ביקור: "40H/n"    |

#### לכבוד הרופא המטפל:

שלום רב,

א. להלן סיכום ביקור במרפאתינו.

ב. ראה סיכומי ביקורים קודמים.

#### פרטים ממשרד הקבלה

גורם מבטח: שרותי בריאות כללית  
מחוז: מרכז  
מרפאה: מרפאת קרית מלאכי ב'  
מספר טלפון במרפאה: 08-8589300  
רופא מטפל בקהילה: קפלון גלינה

#### סיבת הפניה / ביקור

בן 54 ברקע בריא בד"כ.

תלונה עיקרית - מזה למעלה מחודשיים החמרה בכאבים מוכרים של כאבי גב מתני תחתון אקסיאליים עם הקרנת הכאב לאורך ישבן ירך ושוק צד שמאל וכל זאת לדבריו לאחר הרמת חפץ כבד בעבודתו (שולחן).

לציין יכולת המוטוריקה הגסה ועדינה שמורים וללא הגבלה.  
שולל אי שליטה בסוגרים

כאבי הגב התחתון מוחמרים על ידי בעיקר לאחר ישיבה ממושכת או כפיפה קדמית ולאחר הרמת חפצים כבדים.  
הטבה במכאובים מופקת על ידי מנוחה בשכיבה ותרופות

בבדיקה - עמידה במנח סאגיטלי וקורונלי תקין.

מתהלך היטב עם GAIT ANTALGIC כאוב

ללא קושי בהליכת טאנדם

כח גס ותחושה שמורים בכל 4 הגפיים ואף מצליח להתהלך על בהונות עקבים ובשפיפת ברכיים באופן מלא וסימטרי.

לציין שהרגישות הינה ממוקדת מעל למפרקים הפסצטריים במעבר הלומבו-סאקראלי עם טונוס שרירי מוגבר צידי מתני פאראורטבראלי

ללא סימני חבלה חיצוניים.

טווחי תנועת מפרקי הירכיים והברכיים בגדר הנורמה ודפקים פריפריים נמושו היטב.

- הדמייה: CT עש מתני - שינויים ביוניים במספר סגמנטים בע"ש מתני תחתון - בלט קל של הדיסק L3-4 ומינימלי של L4-5  
ללא לחץ משמעותי על מרכיבים עצביים - אינני רואה שבר או פריקה.

דיון - דנתי עם המטופל לגבי הממצאים הקליניים המעידים על כאב גב תחתון  
דנו לגבי האפשרויות הטיפוליות השמרניות ו/שאינן מקום כרגע לטיפול ניתוחי וכן הסיכויים להטבה והסיכונים הקשורים בכל אפשרות. כל שאלות המטופל נענו והוא מעוניין להמשיך בטיפול שמרני בשלב זה.



### סיכום ביקור מתאריך 15/11/2016

|           |       |             |          |                      |
|-----------|-------|-------------|----------|----------------------|
| שם משפחה: | אנאקי | תאריך לידה: | 02/10/62 | אורתופדיה - מרפאה    |
| שם פרטי:  | רחמים | ת. זהות:    | 5784302  | מנהל: קוסאשוילי יונה |
|           |       | שם האב:     | יהודה    |                      |

המלצות:

- (1) יש לבצע פיזיותרפיה לחיזור מיישרי הגב ושחייה מומלצת.
- (2) המשך טיפול נוגדי דלקת ונוגד כאבים על ידי רופא המשפחה
- (3) ביקורת אורתופד בקהילה
- (4) בכל מקרה של החמרה כגון ירידה ביכולת ההליכה בכח הגפיים או בתחושתם או הפעת אי שליטה בסוגרים יש לפנות מייד למיון.

*[Handwritten signature and stamp]*  
חתימה:

מ.ר: 25796

שם רופא: פלג בן גלים

Doctor Michael Lisד"ר מיכאל ליס

Pain Specialist.

מומחה לטיפול בכאב.

Senior Anesthesiologist.

מומחה להרדמה.

Director of Pain Clinic.

מנהל יחידה לטיפול בכאב.

30/11/2016

טל: 052-4670842 \ 08-9416023

פקס: 073-2581002

הנדון: אנטאק' רחמ"ק, בן 54 ת.ז. 57843020-1

טל 055-6649686

אנמנזה

בעבר - מל פצע כאב קל בגב וזרועות  
 לאחר הירידה של (שולחן גב) הופעו כאבים  
 בגב הזרועות והקדקוד, כיום משתפרים. טפולים ורפואה  
 כולל נרקוטיקה - מדיק מסי, כאוין פלוגרופן ורפואה מש.

S/p Rt Tg. Microplasty

בדיקה

קליניקה דגוה Le פגיעה שריר L3, L4 Lt

אבחנה

LBP. Lumbar Spinal Stenosis.  
 Disk Herniation L3/4 with Lt  
 Radicular Pain

המלצות

Lt Selective Nerve Root Block  
 L3, L4 under X-Ray.

לכבד את השפוף המרפאה כאב בכו  
 חלק 3' הור' עם טופס #1 עקוב 63004

תאריך 5/12/2016

## תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

### על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

אנאק'י רחמים

שם משפחה ושם פרטי

00-05784302-1 מס זהות  
54.02 גיל  
ז מין  
02/10/1962 ת.לידה  
יהודה שם האב

קרית מלאכי  
ירושלם

הירדן

רחוב

8 מס בית  
52 - 6551959 טלפון  
55 - 6644686 טלפון נוסף

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 06/10/2016

אבחנות

איפיון

קוד  
7242

אבחנה

LOW BACK PAIN

הטיפול הנוכחי:

### כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

אינו/ה מסוגל/ת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת ☒

מיום 30/11/2016 עד יום 31/12/2016 (בכלל) סה"כ 32 ימים

06/12/2016

06/12/2016

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

אנאק'י רחמים

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 1

06/12/2016

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1



20/12/2016 17:19 הופק ע"י דר' לוי מיכאל

### סיכום רופא מתאריך 20/12/2016

|                             |                     |          |                            |
|-----------------------------|---------------------|----------|----------------------------|
| כאב - רפואה קונוונציונלית   | 02/10/62            | ת. לידה: | שם משפחה: אנאקי            |
| גליון נפתח ע"י: גמליאל ינית | 5784302             | ת. זהות: | שם פרטי: רחמים             |
| מנהל מרפאה: דר' לוי מיכאל   |                     |          | ברקוד ת.ז: "Yt>¶2v"        |
| אחות אחראית: עדנה חריק      |                     |          | כתובת: הירדן 8, קרית מלאכי |
| טלפון: 08-9441460           | זכר                 | מין:     | 83021                      |
| פקס: 08-9441918             | 54 שנה              | גיל:     | 055-6644686                |
| מס' ביקור:                  | מצב משפחתי: נשוי/אה | שם האב:  | טלפון:                     |
| ברקוד מס' ביקור:            | יהודה               |          |                            |

451533/2016

"40M/AW"

#### פרטים ממשרד הקבלה

גורם מבטח: שרותי בריאות כללית  
מחוז: מרכז  
מרפאה: מרפאת קרית מלאכי ב'  
מספר טלפון במרפאה: 08-8589300  
רופא מטפל בקהילה: קפלון גלינה

#### סיבת הפניה / ביקור

מטופל הגיע לטיפול פולשני

#### אבחנות רקע

HERNIOPLASTY rt inguinal

#### פעולות

בשיחה מקדימה עם המטופל, לאחר הסבר מפורט על משמעות הטיפול, תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים, מול יעילות הטיפול, התקבלה הסכמה בעל פה ובכתב לביצוע טיפול פולשני.

סוג פעולה: X-Ray

פעולה: Selective nerve root block

רופא ראשי: לוי מיכאל

אחות: גמליאל ינית.

החדרה: Left. L3, L4

תרופות שהוזרקו: 80mg DEPO-MEDROL PLUS LIDOCAINE 1%+BUPIVACAINE 0.5%

אמצעי הדמייה: Fluroscopy

חומר ניגוד: ioparmiro 300

סוג הרדמה: מקומית וסדציה

חומר הרדמה: Lidocane+Bupivacain

מקומית: Dormicum: 2.00 mg

לאחר השכבה נעשה אומדן ונלקחו סימנים חיוניים. בתנוחה על הבטן, חיסוי וכיסוי סטרילי כמקובל, ביצוע הרדמה מקומית עם לידוקאין 1%. זיהוי intervertebral foramina Lumbar תחת שיקוף רנטגן. החדרת מחטים, תוך שימוש בטכניקה של "Tunnel view". ווידוא מיקום המחט בשיקוף חזיתי וצדדי. מיקום תועד על פי פיזור חומר ניגוד לאורך השורש. בוצעו הזרקות תמיסה כנ"ל. ללא סיבוכים או תופעות לוואי מוקדמים. משתחרר לביתו במצב כללי טוב לאחר השגחה.

#### אבחנות בביקור

HERNIATED DISC L 3/4  
RADICULAR PAIN Lt  
SPONDYLOSIS Lumbar



5/2/17  
1700

שם הרופא: ד"ר שחל בצלאל  
תחום: אורתופד  
מספר רשיון: 88514  
כתובת: רחוב המ"ג 14 קרית מלאכי  
טלפון: 8589200-08  
פקס: 8589210-08

מרפאה: קרית מלאכי מקצועית מחוז: מרכז

תאריך: 02/01/2017

### הפניה לדימות

פרטי המטופל

אנאקי רחמים  
שם משפחה ושם פרטי  
00-05784302-1  
54.03 גיל  
02/10/1962 ת.ל.ידה  
יהודה  
שם האב  
קרית מלאכי  
הירדן  
רחוב  
מס בית  
8  
טלפון  
52 - 6551959  
טלפון  
55 - 6644686  
טלפון נוסף

תאריך תאונה: 06/10/2016

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

מספר הפניה: 33103101931

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103101931

תז נבדק



57843021

רשיון רופא



088514

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: MRI ע"ש מותני

שירות שנבחר

קוד קוד

שירות משה"ב

72148 78549 ת.מ. MRI בדיקת עמוד שדרה מותני

שירות

רפואי

10306030

תיאור רפואי

החולה מתלונן על

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/10/2016:

בזמן הרמת משקל כבד כאבים חזקים בגב תחתון.

מתנייד בכיפוף ניכר עם כאבים חזקים בגב תחתון ללא הטבה תחת טיפול תרופתי.

נשלח למיון לנסיון איזון כאב.

בצילום ללא ממצא חריג

ישלים CT ע"ש מותני

03/11/2016

עדיין כאבים חזקים ביקר אתמול במיון וטופל בנוגדי כאב עם הטבה לשעות ספורות בלבד.

היום עדיין כאוב מאוד מתנייד כפוף.

המשך טיפול בנוגדי כאב

ב CT ע"ש מותני- פריצת דיסק פראמדיאני משמאל עם היצרות מרכזית ללא מחיקת השומן האפידורלי והיצרות פורמינלית ניכרת משמאל.

ס.ה.ר. 2

דף 1 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

02/01/2017

00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

הפניה לדימות

אנאקי רחמים

ממליץ - נסיון הזרקה במרפאת כאב.

מעקב בהמשך

07/11/2016

כאבים חזקים מאוד מתנייד בכיפוף משמעותי מאוד.

ננסה נרקוטיקה.

למיון לפי הצורך

06/12/2016

המשך מחלה

02/01/2017

MRI ע"ש צווארי - בלטי דיסק דיפוזים C4-5-6-7. ללא מיאלופטיה.

היום בעיקר כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל לפרקים מתאר קריסה של הרגל

נשלים MRI ע"ש מותני בשאלת לחץ פורמינלי ממוקד.

ב-MRI ברך ימנישונים שחיקתיים ללא ממצא משמעותי נוסף.

אבחנה משוערת

קוד

7242

איפיון

אבחנה

LOW BACK PAIN

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

88514

ד"ר שחל בצלאל

מספר רשיון

שם הרופא



בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעליה.

2.ה.ה.

הפניה לדימות

אנאקי רחמים

דף 2 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

02/01/2017

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1

22

ד"ר שחל בצלאל

שם הרופא

אורתופד

תחום

88514

מספר רשיון

רחוב המ"ג 14 קרית מלאכי

כתובת

8589200-08

טלפון

8589210-08

פקס

מרכז:מחוז:מרכז מרפאה:קרית מלאכי מקצועית

תאריך 02/01/2017

## סיכום ביקור

פרטי המטופל

00-05784302-1 54.03 ז 02/10/1962 יהודה  
מס זהות גיל מין ת.לידה שם האב

אנאקי רחמים

שם משפחה ושם פרטי

קרית מלאכי הירדן  
ישוב רחוב  
8 מס בית  
52 -6551959 טלפון  
55 - 6644686 טלפון נוסף

סוג תאונה 2 תאונת עבודה  
תאריך תאונה 06/10/2016

שלום רב,

תאריך הביקור: 02/01/2017

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 06/10/2016

מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה:

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/10/2016:  
בזמן הרמת משקל כבד כאבים חזקים בגב תחתון.  
מתנייד בכיפוף ניכר עם כאבים חזקים בגב תחתון ללא הטבה תחת טיפול תרופתי.  
נשלח למיון לנסיין איזון כאב.  
בצילום ללא ממצא חריג  
ישלים CT ע"ש מותני  
03/11/2016:  
עדיין כאבים חזקים ביקר אתמול במיון וטופל בנוגדי כאב עם הטבה לשעות ספורות בלבד.  
היום עדיין כאוב מאוד מתנייד כפוף.  
המשך טיפול בנוגדי כאב  
בCT ע"ש מותני- פריצת דיסק פראמדיאני משמאל עם היצרות מרכזית ללא מחיקת השומן האפידורלי והיצרות פורמינלית ניכרת משמאל.  
ממליץ - נסיון הזרקה במרפאת כאב.  
מעקב בהמשך  
07/11/2016:  
כאבים חזקים מאוד מתנייד בכיפוף משמעותי מאוד.  
ננסה נרקוטיקה.  
למיון לפי הצורך  
06/12/2016:  
המשך מחלה  
02/01/2017:  
MRI ע"ש צווארי - בלטי דיסק דיפוזים C4-5-6-7. ללא מיאלופטיה.  
היום בעיקר כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל לפרקים מתאר קריסה של הרגל  
נשלים MRI ע"ש מותני בשאלת לחץ פורמינלי ממוקד.  
בMRI ברך ימנישניוים שחיקתיים ללא ממצא משמעותי נוסף.

קוד  
7242

אבחנה

LOW BACK PAIN

סיכום ביקור

אנאקי רחמים

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 2

00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 02/01/2017

ננסה נרקוטיקה.

למיון לפי הצורך

:06/12/2016

המשך מחלה

:02/01/2017

MRI ע"ש צווארי - בלטי דיסק דיפוזים C4-5-6-7. ללא מיאלופטיה.

היום בעיקר כאבי גב ותחתון עם הקרנה לרגל שמאל לפרקים מתאר קריסה של הרגל

נשלים MRI ע"ש מותני בשאלת לחץ פורמינלי ממוקד.

ב-MRI ברך ימנישונים שחיקתיים ללא ממצא משמעותי נוסף.

ד"ר שחל בצלאל

88514

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחותמת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הזמן מעלה.





סודי רפואי

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המטפל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

ממצאי בדיקה תהודה מגנטית MRI סטיות

טלפון: 08-9542111 פקס: 08-9779831; אתר: WW.ASSAFH.ORG

ת.ז.: 5784302-1

שם: אנאקי רחמים

כתובת: הירדן 8 ת.ד. 126 קרית מלאכי 8302136

מין: ז

גיל: 54 ש

מקרה: 31703377

יחידה ארגונית מזמינה: תהודה מגנטית MRI

בדיקות שבוצעו

| תיאור שירות                         | שעת אישור<br>ביצוע | תאריך אישור<br>ביצוע |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------|
| MRI עמוד שדרה מותני, ללא חומר ניגוד | 19:03              | 05/02/2017           |

תולדות מחלה

ראה מסמך מצורף

שאלה לבירור

ראה מסמך מצורף

תיאור הבדיקה והמצאים

בדיקת MRI של ע"ש מותני

הבדיקה נעשתה בסקלול T1, T2, STIR. סיבת ההפניה: כאבים בגב התחתון.

ממצאים:

מודגמים שינויים במרווחים הדיסקלים.

ללא עדות לתמטים, תזוזות או שינויים הרסניים בחוליות.

ללא עדות למסות פרה או פרא ורטברליות.

תעלה הספינלית גרמית ברוחב תקין.

חוט השדרה בעובי ובעוצמת אות תקין.

הקונוס בסיומת L1 ללא עדות לאותות חריגים.

מודגמת ליפומה עם מחיצות בתוכה ברקמות הרכות התת עוריות בגובה L5, L4 ו-L1-S1.

בהסתכלות ספציפית על המרווחים הדיסקלים:

L1-L2 - בגדר הנורמה.

L2-L3 - בגדר הנורמה.

L3-L4 - בלט דיסק דיפוזי ויש דיסק פרוץ אינטרה פורמינלי ואקסטרה פורמינלי משמאל

עם הצרות פורמינליות ואקסטרה פורמינליות משמאל ולחץ על השורש גם בחלקו הפורמינלי

עמוד: 1 מחוד 2

וגם בחלקו האקסטרה פורמינלי משמאל.  
L4-L5 - בלט דיסק דיפוזי עם הצרות של הפורמינה הנוירלית משמאל.  
L5-S1 - בלט דיסק אינטרה פורמינלי שמאלי עם סדק אנולרי והצרות של הפורמינה הנוירלית משמאל.

התרשמות:  
שינויים ניווניים עם בקע דיסק אינטרה ואקסטרה פורמינלי משמאל בגובה L3-L4.

נבדק/ת יקר/ה  
דו"ח הפענוח יכול לעיתים לכלול גם ממצאים רפואיים חשמעתיים.  
לפיכך חובה לפנות עם דו"ח הפענוח בהקדם האפשרי לרופא המטפל כדי לאפשר המשך בירור וטיפול.

| שם הרופא המפענח | מ.ר.ר | מ.ת.מ | תאריך פענוח | שעת פענוח |
|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|
| ד"ר. טל סיגל    | 27353 | 17831 | 15/02/2017  | 18:54     |

תאריך הקלדה: 15/02/2017

שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה:קרית מלאכי מקצועית מחוז:מרכז

תאריך 27/03/2017

הפניה לרפואה יועצת

פרטי המטופל

אנאקי רחמים  
שם משפחה ושם פרטי  
מס זרות  
גיל  
מין  
ת.לידה  
יהודה  
02/10/1962  
54.06  
00-05784302-1  
שם האב  
קרית מלאכי  
הירדן  
רחוב  
מס בית  
טלפון  
52 - 6551959  
55 - 6644686  
טלפון גוסף  
סוג תאונה  
2 תאונת עבודה  
תאריך תאונה  
06/10/2016

מספר הפניה: 33103106647

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103106647

תז נבדק



57843021

מספר רשיון



088514

לכבוד: מירוכירורגיה - ד"ר דוידוביץ

שירות שנבחר

שירות  
רפואי  
70031

תיאור רפואי

|       |       |
|-------|-------|
| קוד   | קוד   |
| שירות | משה"ב |
| 70031 | L9269 |

בדיקת רופא מירוכירורג

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות

תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/10/2016:  
בזמן הרמת משקל כבד כאבים חזקים בגב תחתון.  
מתנייד בכיפוף ניכר עם כאבים חזקים בגב תחתון ללא הטבה תחת טיפול תרופתי.  
נשלח למיון לנסיין איזון כאב.  
בצילום ללא ממצא חריג  
ישלים CT ע"ש מותני  
03/11/2016:  
עדיין כאבים חזקים ביקר אתמול במיון וטופל בנוגדי כאב עם הטבה לשעות ספורות בלבד.  
היום עדיין כאוב מאוד מתנייד כפוף.  
המשך טיפול בנוגדי כאב  
בCT ע"ש מותני - פריצת דיסק פראמדיאני משמאל עם היצרות מרכזית ללא מחיקת השומן האפידורלי והיצרות פורמינלית ניכרת משמאל.  
ממליץ - נסיון הזרקה במרפאת כאב.  
מעקב בהמשך  
07/11/2016:  
כאבים חזקים מאוד מתנייד בכיפוף משמעותי מאוד.

ס.ה.ר. 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 2

הפניה לרפואה יועצת

27/03/2017

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-05784302-1

אנאקי רחמים

27

נגסה נרקוטיקה.

למיון לפי הצורך

:06/12/2016

המשך מחלה

:02/01/2017

היום בעיקר כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל לפרקים מתאר קריסה של

הרגל

נשלים MRI ע"ש מותני בשאלת לחץ פורמינלי ממוקד.

ב-MRI ברך ימנישיונים שחיקתיים ללא ממצא משמעותי נוסף.

:27/03/2017

ב-MRI ע"ש מותני - דיסק פרוץ אינטרפורמגלי ואקסטרפורמינלי שמאל L3-4.

מתאים מאוד לקליניקה.

כמו כן ממתאים גם ב L5-S1.

לד"ר דניאל

אבחנה משוערת

איפיון

קוד

7242

אבחנה

LOW BACK PAIN

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת דימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

2 ה.ר.

דף 2 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לרפואה יועצת

27/03/2017

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-05784302-1

אנא קי רחמים



שם הרופא  
תחום  
מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מרפאה: קרית מלאכי מקצועית מחוז: מרכז

תאריך 27/03/2017

## סיכום ביקור

| פרטי המטופל   |              |            |             | אנאקרי רחמים      |             |            |             |
|---------------|--------------|------------|-------------|-------------------|-------------|------------|-------------|
| 00-05784302-1 | 54.06        | ז          | 02/10/1962  | שם משפחה ושם פרטי | מס זהות     | גיל        | מין         |
| שם האב        | ת. לידה      | שם האב     | יהודה       | קרית מלאכי        | הירדן       | רחוב       | מס בית      |
| 55 - 6644686  | 52 - 6551959 | טלפון נוסף | טלפון       | 8                 | מס בית      | רחוב       | מס בית      |
| 06/10/2016    | תאריך תאונה  | 2          | תאונת עבודה | סוג תאונה         | תאריך תאונה | 06/10/2016 | תאריך תאונה |

שלום רב,

תאריך הביקור: 27/03/2017  
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה  
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 31/10/2016:  
בזמן הרמת משקל כבד כאבים חזקים בגב תחתון.  
מתמיד בכיפוף ניכר עם כאבים חזקים בגב תחתון ללא הטבה תחת טיפול תרופתי.  
נשלח למיון לנסיין איזון כאב.  
בצילום ללא ממצא חריג  
ישלים CT ע"ש מותני  
03/11/2016:  
עדיין כאבים חזקים ביקר אתמול במיון וטופל בנוגדי כאב עם הטבה לשעות ספורות בלבד.  
היום עדיין כאב מאוד מתמיד כפוף.  
המשך טיפול בנוגדי כאב  
ב CT ע"ש מותני - פריצת דיסק פראמדיאני משמאל עם היצרות מרכזית ללא מחיקת השומן האפידורלי והיצרות פורמינלית ניכרת משמאל.  
ממליץ - נסיון הזרקה במרפאת כאב.  
מעקב בהמשך  
07/11/2016:  
כאבים חזקים מאוד מתמיד בכיפוף משמעותי מאוד.  
ננסה נרקטיקה.  
למיון לפי הצורך  
06/12/2016:  
המשך מחלה  
02/01/2017:  
MRI ע"ש צווארי - בלטי דיסק דיפוזים C4-5-6-7, ללא מיאלופטיה.  
היום בעיקר כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל שמאל לפרקים מתאר קריסה של הרגל  
נשלח MRI ע"ש מותני בשאלת לחץ פורמינלי ממוקד.  
ב MRI ברך ימנישנים שחיקתיים ללא ממצא משמעותי נוסף.  
27/03/2017:  
ב MRI ע"ש מותני - דיסק פרוץ אינטרפורמלי ואקסטרוורמינלי שמאל, L3-4.  
מתאים מאוד לקליניקה.  
כמו כן ממתאים גם ב LS-S1.  
לד"ר דודוביץ - לשקל טיפול ניתוחי

דף 1 מ 2

27/03/2017

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1

סיכום ביקור

אנאקרי רחמים

19

LOW BACK PAIN

אבחנה

איפיון

קוד

7242

|                    |                         |     |          |       |
|--------------------|-------------------------|-----|----------|-------|
| הפניות             | פרטי ההפניה             | קוד | התחייבות | סטטוס |
| הפניה לרפואה יועצת | 70031-בדיקת רופא מיומנת | H1  |          | הודפס |

|                           |       |     |            |            |       |
|---------------------------|-------|-----|------------|------------|-------|
| תאונת עבודה (תעודה נוספת) | אישור | קוד | מתאריך     | עד תאריך   | סטטוס |
|                           |       | 14  | 15/01/2017 | 30/04/2017 | הודפס |

בברכה,

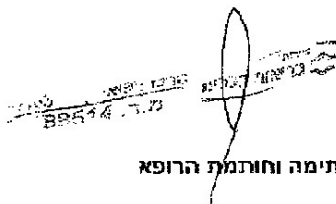
88514

ד"ר שחל בצלאל

מס' רשיון

שם הרופא

תתימה וחתימת הרופא



דף 2 מ 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

סיכום ביקור

27/03/2017

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1

אנאקרי רחמים

סיכום ביקור - נירוכירורגיה עמוד שדרה

|            |          |                    |            |
|------------|----------|--------------------|------------|
| 02/10/1982 | ת. לידה: | אנאק               | שם משפחה:  |
| 5784302    | ת. זהות: | רחמים              | שם פרטי:   |
| זר         | מין:     | הירצן 8 קרית מלאכי | כתובת:     |
| 54         | גיל:     | 055-6644686        | טלפון:     |
|            |          |                    | סוג דם:    |
| יהודה      | שם האב:  | מרז                | גורם מממן: |

סיבת הפניה  
סובל מזה כשנה מכאב מקרין לרגל שמאל וברך. היום ישנה הקלה מסוימת. הכאב החל בתאונת עבודה לפני כשנה.  
MRI 02/17 - בקע דיסקלי L3-4 סלל צדדי עם נגיעה בשורש L3.

בדיקה נירולוגית

מוטורית: ארבע ראשים 4/5 משמאל, החזר פיקה ירוד מצד זה

המלצות

המלצה: מצד אחד מדובר בבעייה שורשית עם הקרנה לרגל שמאל, מצד שני ככל הנראה מדובר בנירופתיה וליתוח לא יעזור.  
ממליץ על טיפול שמרני עם שחייה וירידה במשקל. ממליץ על טיפול בליריקה דרך רוופא המשפחה.

חתימה:

דר' דוידוביץ שלמה מ.ר. 29154

זכתב נחתם ע"י:

בתאריך: 13/09/2017 10:57

המסמך הודפס ע"י דר' דוידוביץ שלמה

ד"ר דוידוביץ

34

**פנייה לרפואה יועצת**  
הי כוונה להשפחה

מספר רשיון 25129  
כתובת נחלת הר חבד 9 קרית מלאכי  
טלפון 08-8589300  
פקס 08-8589310  
מורפאה: קרית מלאכי ב' מחוז: מרכז

20/06/2018 תאריך

### הפניה לרפואה יועצת

|                   |               |             |       |
|-------------------|---------------|-------------|-------|
| פרטי המטופל       |               | אבאקי רחמים |       |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-05784302-1 | מס זהות     | 55.09 |
| ת. לידה           | 02/10/1962    | מין         | ז     |
| שם האב            | יהודה         | גיל         | 8     |
| טלפון             | 08-8609329    | מס בית      | 8     |
| טלפון נוסף        | 055 - 8644686 | רחוב        | רחוב  |
| קרית מלאכי        | הירדן         | ישוב        | ישוב  |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 19/06/2018

מספר הפניה ישירה: 35289124303

גורם שולח



5289

מספר הפניה



035289124303

תד נבדק



57843021

מספר רשיון



025129

לכבוד: רופא אורטופד

### שירות שנבחר

| שירות | קוד   | קוד                |
|-------|-------|--------------------|
| רפואי | 70017 | משה"ב              |
| 70017 | 70017 | L9249              |
|       |       | בדיקת רופא אורטופד |
|       |       | תיאור רפואי        |

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

תלונות ב19/06/18 בזמן עבודתו פתח את הדלת זכוכית של האולם ודלת נפלה על ראשו  
וכתף ימין  
ללא איבוד הכרה, ללא הקאות  
מצא סובל מכאבים והגבלה בתנועות בכתף ימין  
הביא ט. 250

סימנים חיוניים: גובה 175 26/03/2018 משקל 99 26/03/2018 32.33 bmi

לחץ דם 128 / 78 20/06/2018

דופק 78 20/06/2018 סדיר

eGFR 101.16 מתאריך 08/03/2016

ממצאים בבדיקה מצב כללי משביע רצון.  
רגישות והגבלה בתנועות בכתף ימין

הפניה לרפואה יועצת

אבאקי רחמים

דף 1 מ 3

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

20/06/2018

00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר גלינה קפלון

p.14

| קוד  | איפיון | אבחנה                         |
|------|--------|-------------------------------|
| 9230 | RT.    | CONTUSION ARM/SHOULDER/AXILLA |
|      |        | WORK ACCIDENT                 |

דין/תוכנית טיפולית  
 צילום כתף ימין  
 רופא אורתופד  
 אמלגטיקה + מנוחה  
 טיפול סימפטומטי  
 מעקב  
 ביקור חוזר בעוד יום-יומיים.

| בעיות פעילות | מגילי      | איפיון  | בעיה                       |
|--------------|------------|---------|----------------------------|
|              | 01/12/2001 |         | ASTHMA                     |
|              | 01/02/2007 |         | HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED |
|              | 01/01/2012 |         | OBESITY (BMI >30)          |
|              | 01/08/2012 | RT.     | INGUINAL HERNIA            |
|              | 01/08/2012 |         | UMBILICAL HERNIA           |
|              | 01/04/2013 |         | NASAL POLYPS               |
|              | 12/01/2015 | LT.HAND | FOREIGN BODY               |

| רגישות ל                       |  | תגובה              | נמסר ע"י |
|--------------------------------|--|--------------------|----------|
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      |  | אחר: סאבים בשרירים | רופא     |
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      |  | אחר: סאבים בשרירים | רופא     |
| PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg |  | אחר: סאבים בשרירים | המטופל   |

| תרופות קבועות | ב... | פעמים  | א. הגשה | כמות | תרופות                            |
|---------------|------|--------|---------|------|-----------------------------------|
| ביום          | 1    | שאיפות | 1       | 1    | RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184M |
| ביום          | 1    | טבליות | 1       | 1    | LIPITOR 20MG TAB 20MG             |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר גלינה קפלון

25129

שם הרופא

מספר רשיון

חתימה וחומת הרופא

בעת ז'מון, ביטול, שימי מועד התור יש לציין בפני בציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
 דף 2 מ 3

20/06/2018

הודפס ע"י ד"ר גלינה קפלון 00-05784302-1

הפניה לרפואה יעצת

אמקי רחמים

כלית 100  
הכי טובה למשפחה

0010

יומן חוק  
אשרור  
1-700-70-30-31

מחוז: מרכז

תחום מספר רשיון כתובת טלפון פקס  
אורתופד 88514  
רחוב המ"ג 14 קרית מלאכי  
8589200-08  
8589210-08  
מרפאה: קרית מלאכי מקצועית

תאריך 19/06/2018

הפניה לדימות

פרטי המטופל

אנאק רחמים

שם משפחה ושם פרטי

00-05784302-1  
מס זיהוי  
55.09 גיל  
02/10/1962 ת.ל.ידה  
יחידה  
שם האב  
55 - 6644686  
טלפון מסר

קרית מלאכי  
ישוב  
הירדן  
רחוב

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 19/06/2018

מספר הפניה: 33103129662

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103129662

תז נבדק



57843021

רשיון רופא



088514

ביום הבדיקה, בא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: US כתף ימין  
US בית חזה עליון ימין - קרע פקטורליס?

שירות שנבחר

| שירות    | רפואי | תיאור רפואי   | קוד   | קוד שירות |
|----------|-------|---------------|-------|-----------|
| 10405031 |       | US כתף        | L1028 | 78003     |
| 10405037 |       | US רקמות רכות | L1028 | 78003     |

החולה מתלונן על  
לפני יומיים במהלך עבודה נפילת דלת זכוכית כבדה על כל פלג גוף ימין. תבלת  
ראש ובית חזה / כתף ימין.  
כאבים משמעותיים וקושי בהפעלת הכתף רגישות בקידמת בית חזה מימין  
והגבלה בתנועות הכתף רגישות בקידמת כתף ימין ועל שריר בית חזה מימין.  
צילום ללא ממצא חריג  
נשלח US  
מגדי כאב  
PT

אבחנה משוערת

| קוד | אפיפון | אבחנה                                                                  |
|-----|--------|------------------------------------------------------------------------|
| 7   |        | CONTUSION CHEST SHOULDER RT<br>OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |

ס.ה.ר. 2

הפניה לדימות

אנאק רחמים

דף 1 מ 2

21/06/2018

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-05784302-1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

88514

ד"ר שחל בצלאל

מספר רשיון

שם הרופא

חתימה וחזתמנת הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה

2.ה.ר.2

הפניה לדימות

אנאק רחמים

דף 2 מ 2

21/06/2018

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-05784302-1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

38

הכי טובה להשפחה

מספר רשיון 8814

כתובת רחוב המ"ג 14 קרית מלאכי

טלפון 8589200-08

מרחק:קרית מלאכי מקצועית מחוז:מרכז

תאריך 21/06/2018

## תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

## על פי חוק הביטוח הלאומי

פרטי המטופל

| שם משפחה ושם פרטי | מס זהות       | גיל    | ז' מין | 02/10/1962   | יהודה        |
|-------------------|---------------|--------|--------|--------------|--------------|
| אבאק' רחמים       | 00-05784302-1 | 55.09  | ז'     | 02/10/1962   | יהודה        |
| שם האב            | שם האב        | שם האב | שם האב | שם האב       | שם האב       |
| קרית מלאכי        | הירדן         | 8      | מס בית | 52 - 6551959 | 55 - 6644686 |
| ישוב              | רחוב          | מס בית | טלפון  | טלפון        | טלפון        |

תאריך תאונה: 19/06/2018

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

## אבחנות

| קוד | איפיון | אבחנה                       |
|-----|--------|-----------------------------|
|     |        | CONTUSION CHEST SHOULDER RT |

## הטיפול שניתן:

## כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה/ו ואף לא בעבודה אחרת

מיום 19/06/2018 עד יום 26/07/2018 (בכלל) סה"כ 38 ימים

21/06/2018

21/06/2018

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחתימת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חתימת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה \*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\* דף 1 מ 1

21/06/2018

הדפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00-05784302-1

אבאק' רחמים



## סניף מור ראשון לציון היחידה לאולטרה-סאונד

טל : 9596500 - 03

### תוצאות בדיקת אולטרה-סאונד

שם נבדק/ת : אנאקי רחמים ת.ז.: 057843021 גיל: 55/9 מין: ז  
כתובת : קריית מלאכי, הירדן 0008 טלפון: 055 - 6644686  
תאריך בדיקה: 08/07/2018 גודל מפנה: המרכז רופא מפנה/מטפל: לא ידוע  
בדיקה קודמת: לא שם מופיטה: חדס

### US של כתף ימין

BICEPS TENDON לא הודגם נוזל בשרוול הגיד, ללא עדות לקרע. הודגמה תת דיסלוקציה מזיאלית של הגיד.

SUBSCAPULARIS TENDON קרוב לאזור האחזיה הודגם קרע חלקי טרי 0.7 ס"מ.

SUPRASPINATUS TENDON קרע חלקי טרי 0.9 ס"מ.

SUBACROMIAL BURSA מעובה עד 0.5 ס"מ עם נוזל בכמות קטנה.

CORACOACROMIAL LIGAMENT ב.מ.פ.

ACROMIOCLAVICULAR JOINT ב.מ.פ.

INFRASPINATUS TENDON ב.מ.פ.

TERES MINOR TENDON ב.מ.פ.

POSTERIOR LABRUM ב.מ.פ.

ללא עדות ל SUPRACLAVICULAR GANGLION

DELTOID MUSCLE ב.מ.פ.

מבנה גרמי אי סדירות גרמית בראש הזרוע.

נמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

חתימה וחותמת הרופאה:

ד"ר אבלינה גורביץ

מומחית לרדיולוגיה אבחנתית  
מ.ר. 28604 מ.ר.מ. 19578

לנבדק/ת, בדיקה זו נעשית בהוראת רופא/ה כחלק מן המעקב הרפואי שלך. יש להעביר תוצאות הבדיקות בהקדם אל הרופא/ה המפנה. הוא גם יסביר לך משמעות הממצאים והצורך בהמשך מעקב וטיפול. יש להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לבדיקה חדשה !!!

ד"ר זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1



סניף ראשי - דבוסנסקי 7, ת"ד 938, בני ברק 5110802 טל: 03-5772555 פקס: 03-5772636 דוא"ל: [crm@mor.org.il](mailto:crm@mor.org.il)

[Mercaz\\_Darom\\_Us\\_General.dotm](http://Mercaz_Darom_Us_General.dotm)

## סניף מור ראשון לציון היחידה לאולטרה-סאונד

טל: 9596500 - 03

### תוצאות בדיקת אולטרה-סאונד

שם נבדק/ת: אנהקי רחמים ת.ז.: 057843021 גיל: 55/9 מין: ז  
כתובת: קריית מלאכי, הירדן 0008 טלפון: 055 - 6644686  
תאריך בדיקה: 08/07/2018 גורם מפנה: המרכז רופא מפנה/מטפל: לא ידוע  
בדיקה קודמת: לא שם מדפיסה: הדס

### מערכות לבדיקה

US של שריר דופן תחזה מימין

לא הודגם תהליך סונוגרפי מוגדר סולידי או נוזלי, סמני דלקת או תבלה, או בצקות.  
לא נראו הסתיידויות פתולוגיות.  
גידים ופסציות תקינים.

גמסרה תשובה לנבדק/ת עם סיום הבדיקה.

חתימה וחותמת הרופאה:

ד"ר אבלינה גורביץ  
מומחית לרדיולוגיה אבחנתית  
מ.ר. 28604 מ.ר.מ. 19578

לנבדק/ת, בדיקה זו נעשית בהוראת רופא/ת כחלק מן המעקב הרפואי שלך. יש להעביר תוצאות הבדיקות  
בהקדם אל הרופא/ת המפנה. הוא גם יסביר לך משמעות הממצאים והצורך בהמשך מעקב וטיפול. יש  
להביא בדיקות קודמות להשוואה בכל פניה לבדיקה חדשה !!!

דו"ח זה מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסר של כדון עובר עבירה.

עמוד 1 מתוך 1



סניף ראשי - דבוס'סקי 7, ת"ד 938, בני ברק 5110802 טל: 03-5772555 חקט: 03-5772636 דוא"ל: [crm@mor.org.il](mailto:crm@mor.org.il)

[Mercaz\\_Darom\\_Us\\_General.dotm](http://Mercaz_Darom_Us_General.dotm)

47

כרית מלאכה  
הכי טובה למשפחה

מספר רשיון  
כתובת  
טלפון  
פקס  
מספר תעודת זהות  
מחוז מרכז  
מספר תעודת זהות  
מספר תעודת זהות  
מספר תעודת זהות

# סיכום ביקור

תאריך 3/07/2018

פרטי המטופל

|                   |               |        |       |            |              |
|-------------------|---------------|--------|-------|------------|--------------|
| שם משפחה ושם פרטי | 00-05784302-1 | 55.10  | 2     | 02/10/1962 | יהודה        |
| קריית מלאכי       | רחוב          | מס בית | 8     | 52         | 6644686 - 55 |
| שם האב            | שם האב        | טלפון  | טלפון | טלפון      | טלפון        |

תאריך תאונה 19/06/2018

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

שלום רב,

תאריך הביקור: 23/07/2018  
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה  
מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 19/06/2018

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 21/06/2018:  
לפני יומיים במהלך עבודה נפילת דלת זכוכית כבדה על כל פלג גוף ימין. תבלת ראש ובית חזה / כתף ימין.  
כאבים משמעותיים וקושי בהפעלת הכתף רגישות בקידמת בית חזה מימין והגבלה בתנועות הכתף רגישות בקידמת כתף ימין ועל שריר בית חזה מימין.  
צילום ללא ממצא חריג  
נשלים US  
נגדי כאב  
PT  
23/07/2018  
ללא שיפור מל מבחינת הכאבים, תת דיסלוקציה של גיד הביצפס הארוך, קרע חלקי טר 0.7SCP וקרע חלקי טר 0.9 SSP. בחסיסטיס.  
נשלים MRI להערכה ושקילת המשך טיפול

|     |        |                                                                        |
|-----|--------|------------------------------------------------------------------------|
| קוד | איפיון | אבחנה                                                                  |
| 7   |        | CONTUSION CHEST SHOULDER RT<br>OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION |

|              |        |                    |      |          |       |
|--------------|--------|--------------------|------|----------|-------|
| הפניה לדיווח | הפניות | פרטי ההפניה        | קוד  | התחייבות | סטטוס |
| מכתב         |        | 78555-ת.מ. MRI כתף | H3   |          | הודפס |
|              |        |                    | H140 |          | הודפס |

| תרופות בביקור                   | שם | קוד | הגשה | מנה | תדירות |
|---------------------------------|----|-----|------|-----|--------|
| ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG | 1  | TAB | 1    | 1   | 1      |
| TRAMADOL OD 100MG TAB 100MG     | 1  | TAB | 1    | 1   | 1      |

| תאונה | ט"ו | ת. אישור | טיפול מחזור | עין | תרופה                                                          |
|-------|-----|----------|-------------|-----|----------------------------------------------------------------|
|       |     |          |             |     | ETOPAN 500MG (M) (20) TAB 500MG<br>TRAMADOL OD 100MG TAB 100MG |

סיכום ביקור

אנאקרי רחמים

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 2

23/07/2018

00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר שחל בעלאל

05:24 18 ago 03

42

| מסמך  | תאריך      | מסמך       | קוד | אישור | תאונת עבודה (תעודת נוספת) |
|-------|------------|------------|-----|-------|---------------------------|
| הודפס | 31/08/2018 | 27/07/2018 | 114 |       |                           |

בברכה,

ד"ר שחל בצלאל

88514

שם הרופא

מס' רשיון

חתימה וחתימת הרופא  
 88514 מ.ר.  
 ד"ר שחל בצלאל  
 אורטופדיית יד. 08-9441594

סיכום ביקור

אנא רחמים

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 2 מ 2

23/07/2018

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1

05:34a 18 טו 03

43

כללית 100 שנה  
הכי טובה למשפחה

ונוח  
מספר רשיון 88514  
כתובת  
רחוב המ"ג 14 קרית מלאכי  
טלפון 8589200-08  
פקס 8589210-08

מחוז:מרכז מרפאה:קרית מלאכי מקצועית

תאריך 23/07/2018

הפניה לדימות

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| פרטי המטופל       | אבאקי רחמים   |
| שם משפחה ושם פרטי | 00-05784302-1 |
| מס זהות           | 55.10         |
| גיל               | ז             |
| ת.לידה            | 02/10/1962    |
| שם האב            | יהודה         |
| קרית מלאכי        | הירדן         |
| ישוב              | רחוב          |
| מס בית            | 8             |
| טלפון             | 52 - 6551959  |
| טלפון ספק         | 55 - 6644686  |

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 19/06/2018

מספר הפניה: 33103131377



ביום הבדיקה, בא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
בא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד!  
אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: MRI כתף ימין

שירות שבחר

| שירות    | קוד   | קוד   | קוד   |
|----------|-------|-------|-------|
| רפואי    | רפואי | רפואי | רפואי |
| 10406029 | 73221 | 78555 | 78555 |

החולה מתלונן על תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 21/06/2018:  
לפני יומיים במהלך עבודה נפילת דלת זכוכית כבדה על כל פלג גוף ימין. חבלת ראש ובית חזה / כתף ימין.  
כאבים משמעותיים וקושי בהפעלת הכתף רגישות בקידמת בית חזה מימין והגבלה בתנועות הכתף רגישות בקידמת כתף ימין ועל שריר בית חזה מימין.  
צילום ללא ממצא חריג  
נשלם US  
נאגדי כאב  
PT  
23/07/2018  
ללא שיפור כלל מבחינת הכאבים, תת דיסלוקציה של גיד הביצפס הארוך, קרע חלקי טרי 0.7SCP וקרע חלקי 0.9 טרי SSP. בחסיס.  
נשלם MRI להערכה ושקילת המשך טיפול

ס.ה.ר. 2

הפניה לדימות  
אבאקי רחמים

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
דף 1 מ 2  
00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל  
23/07/2018

44

|     |        |       |
|-----|--------|-------|
| קוד | איפיון | אבחנה |
| 17  |        |       |

88514 FUSION CHEST SHOULDER RT  
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION  
7777777777  
03-9441594

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

ד"ר שחל בצלאל  
שם הרופא  
88514  
מספר רשיון  
חתימה וחותמת הרופא  
בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מתלה.

ס.ה.ר. 2

הפניה לדימות  
אנאק' רחמים

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
23/07/2018 00-05784302-1 הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל  
דף 2 מ 2

05:19a 18 81 06n 80

45

מרכז רפואי  
הי טובה למשפחה

מספר רשיון 88514  
כתובת רחוב המ"ג 14 קרית מלאכי  
טלפון 8589200-08  
מרפאה: קרית מלאכי מקצועית מחוז: מרכז

תאריך 3/07/2018

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה

על פי חוק הביטוח הלאומי

|                 |              |                   |               |         |       |         |       |            |         |           |        |
|-----------------|--------------|-------------------|---------------|---------|-------|---------|-------|------------|---------|-----------|--------|
| פרטי המטופל     | אנאק'י רחמים | שם משפחה ושם פרטי | 00-05784302-1 | מס זהות | 55.10 | גיל     | ז     | 02/10/1962 | ת. לידה | יהודה     | שם האב |
| קרית מלאכי ישוב | הירדן        | רחוב              | 8             | מס בית  | 52    | 6551959 | טלפון | 55         | 6644686 | טלפון מסק |        |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה  
תאריך תאונה: 19/06/2018

| אבחנות                      | איפיון | קוד |
|-----------------------------|--------|-----|
| אבחנה                       |        |     |
| CONTUSION CHEST SHOULDER RT |        |     |

הטיפול הנכחי:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הב"ל

איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 27/07/2018 עד יום 31/08/2018 (בכלל) סה"כ 36 ימים  
תאריך מתן התעודה 23/07/2018  
ת. הבדיקה 23/07/2018

ד"ר שחל בצלאל  
חותמת המרפאה  
החתימה נחותמת הרופא שליחות רפואי המוסמך  
הזכות לגמלה נקבעת על ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו  
תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד  
ד"ר שחל בצלאל  
08-9441594

תעודת רפואית נוספת לנפגע בעבודה  
\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*  
אנאק'י רחמים  
00-05784302-1  
הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל  
23/07/2018  
דף 1 מ 1

46

**מרכז רפואי**  
היחידה למחלות

אורתופדיה

88514

המ"ג, 14

08-8589200

08-8589210

מחוז: מרכז

מרכז מקצועי

תחום

מספר רשיון

כתובת

טלפון

פקס

תאריך 23/08/2018

סיכום ביקור

פרטי המטופל

שם משפחה ושם פרטי: **אבאק רחמים**  
מס זהות: **00-05784302-1**  
גיל: **55.11**  
ת. לידה: **02/10/1962**  
שם האב: **יהודה**  
שם הלב: **055 - 6644686**  
טלפון מסך: **08 - 8609329**  
טלפון: **8**  
מס בית: **רחוב**  
הירדן: **קריית מלאכי**  
ישוב: **סוג תאונה**  
2 תאונת עבודה

תאריך תאונה 19/06/2018

שלום רב,

תאריך הביקור: 23/08/2018

סוג ביקור: 2 תאונת עבודה

מהות הביקור: רגיל

תאריך תאונה: 19/06/2018

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 23/07/2018:  
תלונות/סיבת הפניה מתאריך 21/06/2018:  
לפני יומיים במהלך עבודה נפילת דלת זכוכית כבדה על כל פלג גוף ימין. חבלת ראש ובית חזה / כתף ימין.  
כאבים משמעותיים וקושי בהפעלת הכתף רגישות בקידמת בית חזה מימין והגבלה בתנועות הכתף רגישות בקידמת כתף ימין ועל שריר בית חזה מימין. צילום ללא ממצא חריג משלים US מגד"י כאב PD  
23/07/2018:  
ללא שיפור כלל מבחינת הכאבים, תת דיסלוקציה של גיד הביצפס הארוך, קרע חלקי טרי 0.7SCP וקרע חלקי 0.9 טרי SSP. ברוסיטיס.  
משלים MRI להערכה ושקילת המשך טיפול  
23/08/2018:  
ב MRI של הכתף קרע חלקי כ 0.6 ס"מ SSP.  
לאור ההגבלה התפקודית והגבלה בתנועות בשלב זה המשך טיפול פיזיותרפי ומנוחה  
מעקב בהמשך ושקילת המשך טיפול ע"פ מצבו הקליני

אבחנה  
CONTUSION CHEST SHOULDER RT  
OBSERVATION - PATIENT UNDER OBSERVATION

דיון/תוכנית טיפולית: ההפניות שהופקו ב 23/07/2018:  
הפניה לדימות, מכתב  
23/08/2018

קוד: 114  
מתאריך: 01/09/2018  
עד תאריך: 15/10/2018  
סטטוס: הודפס  
אישור: תאונת עבודה (תעודה נוספת)

בברכה,

סיכום ביקור

אבאק רחמים

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 1 מ 2

23/08/2018

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל



47

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחוקמת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא



דף 2 מ 2

23/08/2018

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל 00-05784302-1

סיכום ביקור

אנא קי רחמים

05:16a 18 sep 03

g'd

תחום מספר רשיון כתובת טלפון  
 אורתופדיה 88514 המ"ג, 14  
 08-8589200

מרפאה: קרית מלאכי - מרכז מקצועי מחוז:

תאריך 23/08/2018

**תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה**

**על פי חוק הביטוח הלאומי**

|                          |                    |                          |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| פרטי המטופל              | אנאקיי רחמים       | שם משפחה ושם פרטי        |
| 00-05784302-1            | מס זהות            |                          |
| 55.11                    | גיל                |                          |
| ז                        | מין                |                          |
| 02/10/1962               | ת. לידה            |                          |
| יהודה                    | שם האב             |                          |
| קרת מלאכי ישוב           | הירדן              | רחוב                     |
| מס בית 8                 | טלפון 08 - 8609329 | טלפון נוסף 055 - 6644686 |
| סוג תאונה: 2 תאונת עבודה |                    |                          |
| תאריך תאונה: 19/06/2018  |                    |                          |

אבחנות

|     |        |
|-----|--------|
| קוד | איפיון |
|-----|--------|

CONTUSION CHEST SHOULDER RT  
 אבחנה

הטיפול הנמכח:

**כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל**

☒ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 01/09/2018 עד יום 15/10/2018 (בכלל) סה"כ 45 ימים

תאריך מתן התעודה 23/08/2018  
 ת. הבדיקה 23/08/2018

ד"ר שחל בצלאל  
 חתימה וחותמת הרופא של השרות המוסמך  
 08-9441559

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

חוות דעת ד"ר קרבאל

**TOMER KRAVEL MD**  
**ORTHOPEDIC SURGEON**

**ד"ר תומר קרבאל**  
**מומחה בכירורגיה אורתופדית**



**מרפאה- רחוב ולנברג 6 תל אביב**  
**טל. מרפאה 03-6440606**  
**רשיון לעסוק ברפואה מספר 32157.**  
**רשיון מומחה מספר 22235**

### **חוות דעת רפואית**

**03/03/2021**

אני, הח"מ, ד"ר תומר קרבאל, מצהיר בזאת כי אלן פרטיי, פרטי השכלתי וניסיוני:

1. בעל תואר ד"ר לרפואה של הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב משנת 1999.
2. בעל רישיון ישראלי לעסוק ברפואה שמספרו 32157 משנת 1999.
3. מומחה בכירורגיה אורתופדית משנת 2006, רישיון מספר 22235.
4. בוגר קורס טראומה אורתופדית מסוג AO משנת 2001.
5. השתלמות באולטרה סאונד פרקי ירך לתינוקות, STOLZALPE, AUSTRIA, אצל פרופסור גרף.
6. רופא פוסק בוועדות ערר של משרד הביטחון.
7. תת התמחות במכון רובין לאורתופדיה, ביה"ח Sinai בבולטימור.
8. רופא בכיר במערך האורתופדי בית החולים שיבא תל-השומר.

## **אנאקי רחמים ת.ז 5784302**

### **תעודה רפואית להגיש בתביעה לאולם אירועים**

מסמכים-

- מעקב רפואי ד"ר שחל
- גיליון מיון בית חולים קפלן 6.10.16, 31.10.16, 2.11.16
- מעקב רפואי ד"ר בן גלים מרפאה אורתופדית גב בית חולים קפלן
- מעקב רפואי מרפאת עמוד שדרה בית חולים בלינסון
- מעקב רפואי ד"ר לוי מומחה לכאב
- MRI עמוד שדרה מותני 2017
- CT עמוד שדרה צווארי
- CT עמוד שדרה מותני
- טיפול במרפאת כאב

- מעקב רפואי ד"ר קפלון
- US כתף ימין 7.2018 - קרע חלקי גיד SSP SSC
- MRI כתף ימין
- פרוטוקול מ"ל 1.2019

## פרטי המקרה:

- בן 59  
ביום 6.10.16 היה מעורב בתאונת עבודה. הרים משקל כבד וחש כאב גב תחתון קורן לרגל שמאל  
פנה לטיפול במיון בית חולים קפלן ובמרפאות קופת חולים  
CT עמוד שדרה צווארי- בלט דיסק C4-5 C5-6  
CT וכן MRI עמוד שדרה מותני- פריצת דיסק פרה מדיאנית גדולה שמאלית L3-4  
טופל במרפאת כאב בהזרקה אפידורלית ללא הטבה
- ביום 19.6.2018 נחבל במהלך עבודתו באולם. דלת זכוכית כבדה נפלה על יד ימין  
צילומים תקינים  
US וכן MRI כתף ימין- קרע טרי חלקי גיד SSP SSC נבדק במ"ל תאונות עבודה ונקבעה  
נכות 10% והופעלה תקנה 15
- כיום - כאבים. קושי בצוואר וגב. כאב גב חזק. כאב קורן לרגל שמאל. כאבי כתף ימין. קושי  
להרים

## בבדיקה:

ימני דומיננטי  
צוואר- טווח כיפוף עד 4 ס"מ מסטרנום. יישור 25 מעלות. הטיה 30 מעלות  
ספרלינג שלילי. הופמן חיובי  
רדימות בירך בפיזור L5  
גב- כיפוף עד ירך. הטיה 25 מעלות. יישור 10 מעלות. שובר 2 ס"מ  
יש גירוי שורשי שמאל 20 מעלות ללא חסר מוטורי. ירידת תחושה L4 שמאל  
יש רגישות למישוש טורקלי

כתף ימין - קיים דלדול של דלטואיד  
FF=100 ABD=90 ER=30 IR=L5

מבחן EC ++. אימפינגמנט ++. גרבר --. ניר שלילי. צביטה חיובי  
מבחן APP חיובי. מבחן רהלוקציה קדמי --.

כתף שמאל טווח מלא. בדיקה תקינה

## דיון ומסקנות

בן 57

- ביום 6.10.16 היה מעורב בתאונת עבודה. הרים משקל כבד וחש כאב גב תחתון קורן לרגל שמאל  
פנה לטיפול במיון בית חולים קפלן ובמרפאות קופת חולים  
CT עמוד שדרה צווארי- בלט דיסק C4-5 C5-6  
CT וכן MRI עמוד שדרה מותני- פריצת דיסק פרה מדיאנית גדולה שמאלית L3-4  
טופל במרפאת כאב בהזרקה אפידורלית ללא הטבה
- ביום 19.6.2018 נחבל במהלך עבודתו באולם. דלת זכוכית כבדה נפלה על יד ימין  
צילומים תקינים  
US וכן MRI כתף ימין- קרע טרי חלקי גיד SSC SSP נבדק במל"ל תאונות עבודה ונקבעה  
נכות 10% והופעלה תקנה 15

#### מדובר ב-2 תאונות בעבודה-

1. הראשונה ב 2016- הרמת משקל חריג והופעת כאב גב סקיאטי קורן לרגל שמאל מידי  
יש ממצא פתולוגי ברור שמסביר כאביו בבדיקת CT וכן MRI עוד שדרה מותני ואף טופל  
ע"י הזרקה אפידורלית ללא הטבה. הופנה לשקול טיפול ניתוחי אצל ד"ר דווידוביץ  
נכות ניתנה 5%+15% להגבלה בגב במל"ל  
בבדיקה כיום קיימת החמרה במצב וההגבלה בנונית ולא פחותה מכך
2. תאונה שניה בעבודה ב 2018- נגרם קרע גיד SSC SSP טרי עם תת נקיעה של  
דו ראשי  
נבדק בינואר 2019 ונקבעה נכות 10% לכתף ימין והופעלה תקנה 15 במל"ל  
הממצא בבדיקה כיום הינו הגבלה עד גובה השכם- תואם נכות בגובה 15%. יש להפעיל  
תקנה 15 במלואה עקב עיסוקו

#### כיום לדעתי מצבו תואם נכות בגובה

- 15% לגב תחתון לפי 37(7)א ב חלקי
- 5% לירידת תחושה- נויריטיס ברגל שמאל לפי 29(6) ב חלקי
- 15% לכתף ימין לפי 41(4)ב

ידוע לי היטב שלעניין החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות בשבועה שנתתי בבית המשפט

על החתום  
ד"ר תומר קרבאל

**טופס בקשת מידע רפואי וזיתור על סודיות רפואית**

חילוק אי

אני תחתום מטה : (במקרה של קטין יידשמו פרטים)

|            |         |            |         |
|------------|---------|------------|---------|
| שם משפחה   | שם פרטי | תעודת זהות | ימי חוב |
| 17/11/1971 | דניאל   | 57843021   | 1/12/78 |
| מס'        | עיר     | מיקוד      | סלפון   |
| 1337       | ירושלים | 15566488   |         |

הטעם בזה רשות לכל עובד רבני ואז מוסר רמאי לרבות קופת-החולים, רפואתן, עובדיהן ואז מן מטעמן ואז  
הכל עובד של המוסד לבנינה לאומי ואז לבצא חננת לישראל ואז למשרד המסחר ואז לכל עובד בתוכם  
המסחרי ואז הסיועוד למסור ל- (להלן) "המבקשים" את כל הפרטים המצויים  
בידי גופי ההיקדנות שפורסם להלן לא תמצא מן הכלל ובאופן שירושל חמקניקם על מצב ביטחונות ואז  
המדינאלי ואז מצבי בתוכם סיועוד ואז שיקומי ואז כל מחלה שחלית בה בעקבות ואז שאני חולה בה כעת.

ואני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו"ל כל המוסדות מרופאים ואו"ל כל עודד מעובדים ואו"ל כל מוסד ממוסדותם, כולל בתי-חולים כלליים ואו"ל מסימולטורים ואו"ל שיקומיים וכל סניף מטלפי מוסדותיהם, מחבות שמירה על סדרות בכל הענין למצב הכרואטי ואו"ל שיקומי ואו"ל חסותי ואו"ל חסינוי ומתיר להם בחבות מתן כל מדע טוהר וגילן שנופת על שמי אצל מנתני השירותים שיתפצלו להלן לרבות המוסד לביתו לאומי, כולל מדע על תושלמים שהמסד לביתו חסותי שלם ומשולם.

הנהיגו מותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל חסודות לרבות קופת-חורלים וזא למי מרופאים וזא עבדיהם וזא מי מסעם וזא חתי השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסת כשלשו בקשר למסירות מידע לאמור.

במשטרת יזרעאל ניהל גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 וזאת חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות-החולים ואו רפואיהם ואו עובדיהם, ואו מי מעמדם ואו נותני השירותים שפורסמו לחלו.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המסמכים הבאים:

חלק ב' 15 שם קופיט: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מסי חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

רומאים: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
מבזקים מעבדות: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של סמך: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_  
 יומיד: 16.9.17 עד לחתימה ומס' \_\_\_\_\_  
 מדי רשיון: 02254 \_\_\_\_\_  
 חתימה: \_\_\_\_\_

מתאים למקור  
אריאל פרייברג, עריץ

ה'תשנ"ב

[illegible]

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שנגזר, וראו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למנוע רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל חלק אחר הנובע מהליך הנייל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על וראו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנבצעות מהענין הנייל.
3. לבקש ולקבל חתת דעת רמאית מכל רומא או מוסד שברק אותי או חותם דעת אחרת הנובעת לענין הנייל.
4. להחפץ בקשר לכל אחת מהפעולות הנייל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו חוגש יפוי חכם, בדרך בה חוגש.
5. למסור כל ענין הנובע או הנובע מהענין והאמור לעיל לצוררות ולחתום על שטר בדרך כפי שבא כחוי ימצא לנכון.
6. לחתמן עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנובע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחו ולחתום על חשכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לבנות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנייל, לרבות הצאות בימיש ושטר טרחת עויד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולנות קבלות ושחרורים כפי שבא כחוי ימצא לנכון ולמסואים.
9. להוציא לפועל כל מסייד או החלטת או צו, לדרוש צווי מכירת או פקודת מאסר, לעשות כל הפעולות החמורות עפיי חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כחוי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנייל.
11. לחתום או למסר באישום שלא בנוכחותו וראו בהעדר.
12. להופיע בשמי ולבצע בפני רשם הקרקעות, במשרדי טרי אחרות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למעיהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת עיי החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבל עפיי דין.
13. ליצוגי ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, להפיק רישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולספל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.



14. לספל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י הרוק.

15. להעביר תמך כת זה על כל הטמטיות שבו או חלקן מהן לעמיד אחר עם זכות העברת לאחרים, לפטורם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנמיל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומתעיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנמיל, וחנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### הראיה באתי על החתום

היום 16 לחודש 39 שנה 2018

חתימת 

חנני מאשר את חתימת מרשי הנמיל

עו"ד אריאל מרינברג  
מס' 62254